

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1212

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Henri-L. SZAPIRO

Né le 11 juillet 1914, à Kalisz (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 1939

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

*(A propos de vingt et une observations
de la Maternité de Beaujon)*

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **SZAPIRO.**

Prénoms : **Henri-L.**

Date de la soutenance : 28 octobre 1939.

Numéro d'ordre :

1

SZAPIRO (Henri L.). — Contribution à l'étude de l'épreuve du travail (A propos de vingt et une observations de la Maternité de Beaujon). — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 52 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1939, N° 1212.)

2

SZAPIRO (Henri-L.). — Contribution à l'étude de l'épreuve du travail (A propos de vingt et une observations de la Maternité de Beaujon). — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 52 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1939, N° 1212.)

3

SZAPIRO (Henri-L.). — Contribution à l'étude de l'épreuve du travail (A propos de vingt et une observations de la Maternité de Beaujon). — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 52 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1939, N° 1212.)

4

SZAPIRO (Henri-L.). — Contribution à l'étude de l'épreuve du travail (A propos de vingt et une observations de la Maternité de Beaujon). — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 52 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1939, N° 1212.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1212

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Henri-L. SZAPIRO

Né le 11 juillet 1914, à Kalisz (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 1939

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

*(A propos de vingt et une observations
de la Maternité de Beaujon)*

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY.
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCC.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	MONDOR.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	N...
	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).. Physique.
DESOILLE..... Médecine légale.
DIGONNET Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
LACOMME.... Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU.....		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE.....	

MM.	
ÉCALLE.....	Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME.....	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ING. BENJAMIN GRYN

AUX MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de la Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

En respectueux hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAÎTRE .

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et
fourni les principaux éléments.
Témoignage de ma reconnaissance.*

A TOUS NOS MAITRES DE FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS ET LILLE

A TOUS CEUX QUI, DE LOIN OU DE PRÈS,
ONT PARTAGÉ NOS JOIES ET NOS PEINES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

*(A propos de vingt et une observations
de la Maternité de Beaujon)*

INTRODUCTION

La conduite à tenir dans les bassins rétrécis a préoccupé depuis longtemps les accoucheurs. Différentes méthodes ont été préconisées, mais aucune d'elles n'apportait la solution idéale.

Une quinzaine d'années vient de s'écouler depuis que M. Schickelé de Strasbourg, M. Brindeau de Paris introduisirent en France l'opération césarienne basse, couramment appliquée aujourd'hui. Certains ne virent en cette intervention qu'un changement de technique, dont l'intérêt apparaîtrait comme assez limité. On s'accordait pour dire qu'il était préférable de faire porter l'incision pariétale sur le segment inférieur, mais on doutait de l'amélioration nette des résultats par rapport à ceux obtenus avec la césarienne corporéale.

Les avantages de la césarienne segmentaire se précisent pourtant avec netteté. Grâce à l'incision portée sur le segment inférieur, les complications qu'il était possible de voir à la suite des césariennes hautes —

adhérences utéro-pariétales, fistules, risques de péritonites secondaires — disparurent presque complètement.

Par ailleurs, les ruptures utérines chez les opérées à l'occasion de gestations ultérieures ont diminué très sensiblement. Mais l'intérêt primordial de la césarienne segmentaire consistait surtout en la possibilité d'intervenir sans risques sérieux sur des parturientes dont le travail remontait à plusieurs heures, et surtout chez celles dont l'œuf était ouvert et où l'infection amniotique s'était déjà manifestée. C'est de cet argument que naquit une méthode qui n'a cessé de voir ses indications s'accroître, méthode qui constitue une véritable révolution dans l'évolution du travail dans les dystocies osseuses modérées : c'est l'épreuve du travail.

ABRÉVIATIONS

- S. P. = Symphyse pubienne.
B. D. C. = Bruits du cœur.
H. U. = Hauteur utérine.
A. F. = Arrière-faix.
E. du T. = Epreuve du travail.
D. S. = Déroit supérieur.
P. S. P. = Promonto-sous-pubien.
F. I. G. = Fosse iliaque gauche.
O. I. G. A. = Occipito-iliaque gauche antérieure.
O. I. G. T. = Occipito-iliaque gauche transverse.
O. I. D. P. = Occipito-iliaque droite postérieure.
O. P. = Occipito-pubien.
T. V. = Toucher vaginal.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Un court aperçu de l'histoire de l'épreuve du travail nous montrera qu'elle est intimement liée à celle de la césarienne basse. La pratique courante de la césarienne basse a permis de pousser l'épreuve du travail à ses dernières limites et de l'individualiser comme une méthode thérapeutique.

I. — Avant les méthodes chirurgicales en obstétrique.

Les anciens, en présence des dystocies osseuses, laissaient à la femme la possibilité d'accoucher seule ; on faisait en somme involontairement une épreuve du travail. Lorsque la tête ne s'engageait pas, on pratiquait alors des interventions par voie basse, qui étaient meurtrières pour le fœtus et très dangereuses pour la mère. Cependant, dès le xvi^e siècle, parut un travail sur la césarienne et Séverin Pineau publia un travail sur la disjonction des os du bassin pendant l'accouchement. Au xviii^e siècle et dans la première

moitié du ^{xix}^e, des travaux importants vinrent enrichir l'obstétrique de méthodes et d'instruments nouveaux.

Chamberlen invente une pince pour extraire le fœtus ; Sigault, en 1773, propose la symphysectomie pour terminer l'accouchement dans les bassins rétrécis ; Baudelocque s'attache à la description de la pelvimétrie externe ; Michaelis, Neugebauer, Léopold étudiaient le mécanisme de l'accouchement dans les bassins rétrécis. Tous ces travaux n'ont pas amélioré le pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis. La mortalité infantile restait très importante. La version par manœuvres internes donnait 20 à 40 % de mortalité fœtale ; quant au forceps au détroit supérieur dans le bassin rétréci, il constitue une « véritable basiotripsie déguisée » (Pinard : il donnait 20 % de mortalité fœtale immédiate et 10 % de mortalité des premiers jours par lésions traumatiques cérébro-méningées).

Devant des résultats aussi désastreux, les accoucheurs cherchèrent une autre méthode. Par suite de l'impossibilité de faire passer un fœtus à terme par le bassin rétréci, il était logique de le faire naître à un moment où les dimensions céphaliques lui permettaient de franchir sans danger l'anneau pelvien. De ces tentatives naquit l'accouchement prématuré provoqué, qui connut un moment le succès. Baudelocque ne l'admettait pas. Il était en effet, très difficile de choisir le moment opportun pour provoquer l'accouchement ; si on le pratiquait trop tôt, l'enfant

était débile ; trop tard, on retombait dans les mêmes difficultés d'un accouchement dystocique.

A cette époque l'épreuve du travail n'existait pas, ou elle était pratiquée aveuglément.

II. — Après l'introduction des méthodes chirurgicales et obstétricales.

La découverte des microbes par Pasteur donne naissance à l'antisepsie et va permettre de reconsidérer les opérations (césarienne, symphysectomie) jusqu'alors tombées dans l'oubli.

Le gros danger de la voie basse dans les bassins rétrécis explique le succès obtenu par la césarienne haute dans l'ère pasteurienne. En 1882, Saenger réussit la césarienne. Bar le voit opérer à Leipzig et refait à Paris, en 1885, la première opération césarienne depuis dix ans.

Si la césarienne renaît grâce à Saenger et Bar, la symphysectomie est reprise et adoptée par Spinelli et Pinard.

La mortalité infantile diminue. Pinard en 1891, condamne l'accouchement prématuré provoqué, qu'il considère comme « véritable avortement déguisé », « loterie dans laquelle le gagnant est tout au plus un prématuré ». En même temps il lance sa phrase et il la fait inscrire dans son amphithéâtre de Baudelocque : « La basiotripsie sur l'enfant vivant a vécu ».

Dès lors, la césarienne haute et la symphysectomie

vont se disputer la place. L'épreuve du travail apparaîtra sous un jour nouveau.

Cependant, Bar préfère la césarienne pratiquée au début du travail, tandis que Pinard laisse les choses aller, et, après l'épreuve du travail sans résultat, termine par une symphysectomie, opération de nécessité. Pinard veut donner toute la possibilité à la mère d'accoucher seule sans préjudice pour l'enfant.

Des deux tendances, celle de Bar gagna d'abord la majorité des accoucheurs, car les indications de la symphysectomie étaient difficiles à fixer et les résultats n'étaient pas encourageants. La césarienne haute prophylactique de Bar a donc supprimé l'épreuve du travail. On opérât les cas purs au début du travail ou même à une date fixée d'avance. « Quand l'assistant de Bar décidait d'opérer une femme à date fixe, la veille du jour de l'opération la femme entraînait en travail et accouchait parfois seule » (Brindeau).

En 1904, Ribemont-Dessaignes pratique une césarienne à l'hôpital Beaujon, chez une femme en travail depuis vingt-quatre heures, membranes rompues depuis dix heures et qui guérit. Boquel rapporte en même temps cinq cas analogues.

En 1907, Lepage rapporte quatre césariennes conservatrices pratiquées de 2 à 8 heures après la rupture des membranes et trente-six à quarante-huit heures après le début du travail. Il est certain que ces interventions pratiquées tardivement n'étaient pas sans danger, et la césarienne prophylactique sur un œuf intact persiste.

Couvelaire et Doléris, en 1909, soulignent « les dangers de l'opération quand l'infection même latente est dans la place ». Cependant Pinard persévère dans l'idée de la nécessité d'une épreuve du travail et précise ainsi ses indications dans une leçon faite à la clinique Beaudelocque, le 16 mars 1912 : « C'est le bassin à limites étroites, le bassin limite, d'après l'expression peu académique, mais employée à l'heure actuelle, que vous rencontrerez dans votre pratique ; vous voyez combien, avec des bassins se ressemblant pour ainsi dire, ayant parfois les mêmes dimensions, les terminaisons de l'accouchement sont différentes ; les principes dirigeant la conduite de l'accoucheur étant toujours les mêmes. Combien sont rares les bassins permettant d'affirmer à coup sûr pendant la gestation qu'une opération césarienne s'imposera dès le début du travail ; presque toujours la conduite à tenir dans ces bassins est sous la dépendance de facteurs multiples, qui entre en jeu pendant les différentes étapes du travail, et qui nous sont à l'avance complètement inconnus. Seule, absolument seule, l'observation clinique incessante et sagace doit servir de guide. »

Couvelaire, résumant l'évolution des idées en obstétrique depuis cinquante ans, écrit : « On remarque une oscillation pendulaire de deux tendances ; l'une est de faire des opérations de nécessité : forceps, version, symphyséotomie ; l'autre, des opérations préventives : césarienne prophylactique, accouchement prématuré provoqué. »

Le gros danger de la césarienne corporéale tardive était la péritonite. Il fallait donc trouver une opération permettant une bonne couverture péritonéale de l'incision du muscle utérin. L'idée d'une telle opération remonte à Joerg (1806) et Ritgen (1814). Ils ont décrit un procédé opératoire qui consistait à faire une incision parallèle à l'arcade de Fallope et, après refoulement du péritoine, à ouvrir le col et le vagin.

En 1908, Franck, de Cologne, rapporte sept observations de césariennes basses. Franck faisait une incision transversale supra-symphysaire et n'ouvrait l'utérus qu'après réunion du péritoine viscéral et pariétal.

D'autres auteurs ont fait des opérations césariennes basses transpéritonéales ou sous-péritonéales. Mais ces opérations étaient très difficiles et ne donnaient pas de beaux résultats ; aussi s'est-on attaché à perfectionner la césarienne haute pour éviter les risques opératoires dans les cas d'une intervention tardive.

Couvelaire, au Congrès de Paris de 1922, s'exprimait dans ces termes : « Les opérations césariennes tardives restent des opérations risquées, je préfère terminer par l'hystérectomie si la césarienne est indispensable. »

L'épreuve du travail n'est donc pas possible avec la césarienne haute, puisqu'il faut opérer sur des cas purs. « Ce n'est pas vers une amélioration de la technique, mais vers une autre intervention qu'il faut s'orienter ». Cette opération, la césarienne basse, était pratiquée depuis longtemps par les Américains

et les Allemands. Sa diffusion en France a été l'œuvre des efforts menés par l'école de Strasbourg, de Bordeaux et de Paris. Il faut donner une place particulièrement importante, dans la nouvelle intervention, aux leçons du professeur Schickelé, dont l'exemple et le succès ont convaincu l'ensemble de l'école française.

Dès lors, l'épreuve du travail reprend tous ses droits de cité dans l'obstétrique moderne.

CHAPITRE II

ÉPREUVE DU TRAVAIL

Disons tout de suite que l'épreuve du travail ne présente un intérêt ni dans les bassins à promonto-pubien minimum au-dessus de 9 à 10 cm., qui apparaissent nettement suffisants pour le passage du fœtus, ni pour ceux qui sont fortement rétrécis, dits « bassins chirurgicaux », à promonto-pubien minimum au-dessous de 8 cm., pour lesquels une intervention s'impose juste au début du travail.

Il en va tout autrement pour les bassins compris entre les frontières indiquées ci-dessus : « bassins à limites étroites » de Pinard.

I. — Qu'est-ce qu'un bassin limite ?

C'est un bassin qui, examiné à la fin de la gestation, apparaît suffisant pour laisser passer le fœtus, mais avec des réserves. Ces réserves sont dictées par l'incertitude qui vient de ce que les éléments fixes en quelque sorte, bien qu'on ne puisse pas les déterminer avec une précision absolue, n'ont pas été contrô-

lés par les données que seul peut apporter le travail commencé.

Il y a deux types de bassins limites :

1^o le bassin limite par constitution pelvienne. Dans ce cas le bassin est touché et le fœtus paraît de volume et de poids normaux ;

2^o le bassin limite par constitution fœtale. Le bassin semble normal, mais le fœtus est plus gros que la normale.

Le terme du bassin limite est donc fonction de la légère disproportion fœto-pelvienne. Il est donc difficile de classer ces bassins en se basant uniquement sur la mesure commode du diamètre promonto-sous-pubien (P.-S.-P.) qui n'est qu'un des éléments d'appréciation du rétrécissement pelvien.

Brouha considère comme bassins limites les bassins qui ont 8 à 9 cm. 5 de diamètre promonto-pubien minimum, soit 9 cm. 5 à 11 de P.-S.-P.

Metzger dit « Promonto-pubien minimum de 8 à 9 cm. : attendre l'épreuve du travail ».

Pour Voron, entre 8-9 cm. se trouve le point critique.

Dans nos observations, les bassins pour lesquels a été faite l'épreuve du travail mesurent 10 à 11 cm. de P.-S.-P.

L'examen du bassin limite n'a une réelle valeur que chez une femme à terme ou près du terme au moment où la présentation est définitive. Bien entendu, l'épreuve du travail ne peut se concevoir que dans les cas d'une présentation céphalique.

L'interrogatoire nous renseignera sur les antécédents obstétricaux. Par l'inspection on recherchera les signes de rachitisme, de déviation utérine. La palpation nous révélera la mobilité de la présentation, le volume du fœtus, la quantité du liquide amniotique. On pratiquera le palper mensurateur de Pinard pour apprécier le degré du débordement de la tête fœtale par rapport à la symphyse pubienne (S. P.).

Enfin, le toucher vaginal nous renseignera sur la souplesse des parties molles et sur les dimensions du bassin osseux.

L'examen général nous permettra de conclure si rien ne s'oppose à l'épreuve du travail : atteinte cardiaque ou pulmonaire, grosse albuminurie, tumeur prœvia.

II. — Définition de l'épreuve du travail.

L'épreuve est une période d'expectation au cours de laquelle les différents phénomènes tant fœtaux que maternels sont étroitement surveillés. Cette période est encadrée entre deux stades du travail. Le premier est l'instant où les membranes sont rompues spontanément ou artificiellement et la poche des eaux disparaît. Le deuxième est, soit la levée de la dystocie par l'engagement de la présentation, soit une extraction du fœtus par une intervention sanglante.

Pour certains auteurs (Odagesco), l'épreuve du travail commence avec le travail lui-même ; pour d'autres (Demelin, Voron, Dubrisay, Keller, Attaix),

le début ne doit être considéré qu'à partir du moment où la dilatation est complète.

Or, qui dit l'épreuve du travail dit aussi procédé d'appréciation de la perméabilité du bassin par rapport à la présentation. Cette méthode s'est avérée bonne parce qu'elle donne des renseignements supérieurs en précision à tous les moyens d'appréciation dont on dispose.

Le palper-mensureur de Pinard permet d'apprécier la disproportion céphalo-pelvienne, mais uniquement d'une façon relative, car le renseignement fourni n'est valable qu'au moment où cette recherche est effectuée. La différence des renseignements qu'on obtient en faisant le palper-mensureur d'heure en heure témoigne des modifications de forme subies par la présentation au cours du travail. La souplesse, dit le professeur Commandeur, a peut-être plus d'importance que le volume. Ces phénomènes plastiques ne peuvent se faire dans toute leur amplitude que si la poche des eaux est rompue. On conçoit donc aisément que l'épreuve du travail ne peut être considérée comme commencée tant que la poche reste intacte.

Par ailleurs, il est très rare que dans les bassins pour lesquels on tente l'épreuve, l'œuf reste intact jusqu'à la dilatation complète. A ce stade, les modifications plastiques de la présentation sont déjà très avancées et parfois même les résultats sont obtenus.

En résumé, le début de l'épreuve du travail est marqué par la rupture de la poche des eaux ; celle-ci peut être spontanée ou bien artificielle, mais elle est

nécessaire pour un bon modelage de la présentation. Quant au degré de la dilatation du col, il n'est pas un élément primordial. La corrélation entre la dilatation et l'évolution des autres phénomènes est souvent troublée dans les cas de bassins limites, qui sont ceux pour lesquels on tente l'épreuve.

III. — Conduite clinique de l'épreuve du travail.

L'épreuve du travail doit se faire dans un hôpital, une clinique ou une maison de santé. Si c'est une expectative, elle est armée et on doit se trouver dans un milieu chirurgical pour réaliser une asepsie aussi parfaite que possible en cas d'intervention.

Ayant assuré le milieu dans lequel l'épreuve du travail aura lieu, on suivra de près les phénomènes mécaniques de l'accouchement. Les douleurs d'abord peu fréquentes et peu intenses se rapprochent. On vérifiera si l'utérus se relâche entre les contractions. On combattra par la médication opiacée (spasmalgine) l'hypertonie utérine, car elle fait courir des risques à l'enfant et à la mère. Pour l'enfant, c'est l'asphyxie par gêne de la circulation fœto-placentaire ; pour la mère, elle peut aboutir à la rupture utérine. D'autres fois, les douleurs s'espacent, deviennent de plus en plus rares. La dilatation ne progresse plus. La rupture artificielle des membranes a souvent un bon effet, elle permet à la tête d'appuyer sur le col, les douleurs reprennent. Mais parfois la rupture de la poche des eaux est sans résultat. Dans ce cas, si les bruits du

cœur sont bons, si le col est souple, on peut faire un peu d'hypophyse : deux unités au maximum.

Supposons donc que les douleurs sont bonnes, avec relâchement utérin intercalaire, que la dilatation progresse régulièrement, que les bruits du cœur sont normaux que la mère est en bon état. A ce moment, on va rompre la poche des eaux en s'assurant auparavant qu'une anse de cordon n'est pas à l'intérieur. On notera l'aspect du liquide qui sera clair s'il n'y a pas eu de souffrance fœtale.

Sous l'influence de la poussée abdomino-utérine la tête, qui était au détroit supérieur (D. S.), fléchit plus ou moins, s'incline sur le pariétal postérieur par un assynclitisme postérieur, descend, s'engage lentement ou d'un seul coup, lorsqu'il n'existe qu'un obstacle à franchir. Si l'engagement est fait, l'épreuve du travail est positive. L'accouchement va se terminer spontanément ou par une application du forceps.

Si, au contraire, la tête, malgré l'influence des contractions utérines, reste au D. S., sans tendance à se fixer, on peut considérer l'épreuve du travail comme négative. Il faut alors avoir recours à la césarienne basse.

IV. — Durée de l'épreuve du travail.

Il est impossible de préciser en chiffres la durée de l'épreuve du travail, car les facteurs sur lesquels nous sommes obligés de nous baser varient avec chaque cas à considérer. Certains auteurs proposent

six à huit heures : d'autres, dix à douze heures ; d'autres encore vingt-quatre heures.

En pratique, c'est de l'état clinique de la mère et du fœtus que va dépendre l'indication de cesser l'épreuve.

Une condition cependant est nécessaire. Cette condition c'est le caractère définitif de l'anomalie constatée, comme l'impossibilité de la faire cesser par une manœuvre simple.

Ces anomalies peuvent être de trois ordres :

a) *Anomalies d'ordre mécanique.* — Elles tiennent essentiellement à l'arrêt dans l'évolution des temps de l'accouchement. L'indication d'interrompre l'épreuve du travail sera justifiée chaque fois qu'on remarquera un arrêt dans la progression de la présentation. Il est évident qu'il faut s'assurer que l'anomalie dans les temps de l'accouchement est définitive et irréductible par une manœuvre simple, pour poser l'indication d'interrompre l'épreuve,

b) *Anomalies d'ordre physiologique.* — Ce sont les anomalies de contractions utérines qui peuvent imposer l'abandon de l'épreuve du travail pour une intervention par la voie haute (césarienne basse). En présence des contractions intenses, sans relâchement intercalaire, il y a lieu de craindre une tétanisation de l'utérus.

On recherchera les signes prémonitoires de la rupture utérine : utérus en sablier, signe de Bonde-

Frommel. En présence d'un de ces signes, on doit recourir sans plus attendre à la voie haute.

Si les contractions utérines continues, sans intermittence, elles constituent un danger pour la mère, d'une part ; elles ne sont pas dépourvues d'effets fâcheux sur le fœtus, d'autre part. Elles sont à l'origine des phénomènes asphyxiques du fœtus par gêne de la circulation fœto-placentaire.

Nous avons insisté, plus haut, sur l'intérêt de la médication opiacée, qui jugule souvent le danger en ralentissant les contractions utérines et en relâchant l'utérus lui-même. Mais, si une ou deux injections de spasalgine restent sans effet, on fera immédiatement une césarienne basse.

c) *Anomalies d'ordre fœtal.* — On arrêtera l'épreuve du travail si les signes de souffrance sont progressifs et sans rémission. Il est délicat de savoir dès le premier signe de la souffrance fœtale qu'elle n'est pas passagère. On risque donc d'abandonner l'épreuve du travail, bien conduite, pour une modification passagère des bruits du cœur ; mais en prolongeant trop longtemps l'attente, on peut avoir la malchance de perdre l'enfant.

Pratiquement on se basera :

1^o Sur la cause de la souffrance : si elle est sérieuse, — procidence du cordon, compression finiculaire — arrêter nettement l'épreuve du travail ;

2^o Sur le moment où les premiers signes de la souffrance se manifestent par rapport au stade du

travail. S'ils apparaissent dès le début du travail, il vaut mieux, sans attendre, passer par la voie haute, car le fœtus ne supportera pas sans danger pour sa vie les frais du travail.

Si, au contraire, le travail est déjà avancé et qu'on est en droit d'attendre un résultat positif de l'épreuve du travail, on peut patienter. La tête se fixera bientôt et on pourra extraire l'enfant par une application du forceps.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

1. Bassins limites par constitution pelvienne.

OBSERVATION 1.

Mme H... S., 34 ans, primipare, rentre dans le Service le 12 décembre 1938. A l'examen, on constate un bassin légèrement aplati au détroit supérieur, promontoire accessible très haut, sacrum normalement concave. La tête fœtale au-dessus du D. S. tendant à déborder la S. P. On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

Le 2 janvier 1939, tête toujours mobile. Sillon du cou 14-15 cm. au-dessus de la S. P. On pense à faire une césarienne le 4 janvier si la disproportion fœto-pelvienne augmente.

Le 4 janvier, la femme a eu des douleurs vers la fin de la nuit. Au T. V. col complètement effacé. La tête semble abaissée et déborde moins.

12 h. 15, les douleurs sont fréquentes, toutes les minutes. Durée 25 secondes. Le sommet non centré et non engagé. Membranes intactes. Dilatation 50 cm.

A 16 h., pas de progression notable. Même dilatation, fortes douleurs, bruits du cœur normaux. On fait à la parturiente deux injections de 1 cm. de spasmalgine à 20 minutes d'intervalle.

A 18 h., dilatation 1 fr., poche des eaux intacte qui bombe à

chaque douleur. Tête d'aplomb au D. S. en position transverse droite et en assynclitisme postérieur prononcé. Au palper-mesureur la tête ne semble pas déborder. Sillon du cou à 4 travers de doigts au-dessus de la S. P. La tête reste encore mobile.

Le 5 janvier à 0 h. 30, dilatation 5 fr. *Rupture artificielle des membranes.* Liquide amniotique clair. B. D. C. normaux. Contractions utérines subintrantes. On fait de nouveau deux injections de spasmalgine.

A 1 h. 20, tête encore haute et mobile. Les contractions deviennent plus espacées.

A 3 h. 45, la tête, toujours en transverse, a progressé légèrement. La dilatation est entre 5 fr. et petite paume. Le col s'est un peu épaissi, mais reste souple. Les douleurs, très atténuées depuis deux heures, deviennent plus intenses. B. D. C. toujours bons. On fait une nouvelle injection de spasmalgine.

A 5 h. 15, la tête est bien fixée. Pas de signe de souffrance fœtale.

A 7 h. 30, la dilatation est complète. La tête est sur le périnée. Les B. D. C. sont bons.

A 8 h. 30, le dégagement s'est fait en O. P. Naissance d'une fille vivante pesant 3.440 gr.

A 9 h. 45, délivrance naturelle et complète, A. F. = 550 gr.

Accouchement normal chez une femme ayant eu une épreuve du travail pour un bassin légèrement aplati. Durée du travail : 27 h. 50.

Epreuve du travail : début à 0 h. 20 (rupture des membranes ;

fin à 5 h. 15 (fixation et engagement de la tête) ;

Durée de l'E. du T. : 4 h. 55.

OBSERVATION 2.

Mme P... Marie-Louise, 36 ans, I-pare, III-geste, deux avortements en 1931 et 1932. Luxation congénitale bilatérale de la hanche. Vient consulter le 6 janvier 1939. A l'examen : H. U. = 41 cm. Petite tête, mobile au D. S. Dos à droite, B. D. C. normaux, hydramnios. Périnée très résistant, écartement des cuisses très limité, ogine pubienne normale, les parois latérales pelviennes ne semblent pas obliques. Promontoire atteint. On décide l'épreuve du travail.

Le 14 janvier 1939 à 15 h., examen à l'entrée : tête mobile au D. S. Dos à droite. B. D. C. normaux. Membranes rompues depuis trois heures. Liquide teinté. T. V. : col en voie d'effacement. Temp. 37°6.

A 20 h. 30, la femme perd toujours du liquide teinté. La tête a tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. B. D. C. bons. Les contractions utérines sont très rares.

Le 15 janvier 1939, les douleurs reprennent et deviennent très rapprochées. On fait une injection de 1 cm³ de spasmalgine. La femme perd du liquide teinté. Au T. V. nous constatons : un col effacé et très peu dilaté ; un siège en voie d'engagement. Les douleurs sont vives et fréquentes (toutes les cinq minutes). Température 38°6. En présence du changement de la présentation céphalique en celle du siège d'une part, et des accès fébriles d'autre part, on décide d'arrêter l'épreuve du travail.

A 11 h. 30, après avoir fait une injection sous-cutanée de 250 cm³ de sérum glucosé, on fait une césarienne haute chez une femme I-pare atteinte d'une luxation congénitale bilatérale de la hanche.

Césarienne haute suivie d'hystérectomie totale, après épreuve du travail négative ; naissance d'une

fille ranimée après quelques minutes. L'intervention décidée vingt heures après la rupture des membranes.

Epreuve du travail : négative ;

début le 14 janvier à 12 h. ;

fin le 15 janvier à 10 h. (changement de la présentation
temp. : 38°6) ;

durée : 22 heures.

OBSERVATION 3.

Mme C... M., 24 ans, I-pare, I-geste. Entre le 26 janvier 1939 Bassin aplati généralement rétréci. P. S. P. = 10 cm. 2. Sacrum peu concave. A l'entrée pas de douleurs. Tête très mobile, en bas. Sillon du cou à 6 travers de doigts au-dessus de la S. P. Au palper mensurateur la tête débord nettement la S. P. Au toucher vaginal on atteint difficilement la tête qui fuit dans la fosse iliaque gauche. En présence de ces données on décide une césarienne basse après une épreuve de travail de courte durée.

Le 2 février, à 20 h. 30, la femme accuse les premières douleurs. Les contractions utérines douloureuses sont peu fréquentes, toutes les 1/2 heures et peu fortes.

Le 3 février, à 2 h. 30, la femme repose. De 16 h. à 19 h. quelques douleurs espacées et très faibles.

A 20 h., 0,01 gr. de morphine.

A 22 h., 0,005 gr. de morphine.

Le 4 février, à 2 h., la femme perd les eaux. La dilatation est environ d'une petite paume. B. D. C. normaux. Tête très haute, mobile. Douleurs fréquentes. H. U. = 36 cm. T. A. 11/7.

A 4 h. 15, la tête ne paraît pas déborder ; en voie d'engagement. B. D. C. bons. On a l'impression que l'accouchement par voie naturelle devient possible.

A 5 h., la femme accouche normalement d'une fille, vivante, pesant 3.680 gr. Délivrance naturelle et complète. A. F. = 680 gr.

L'épreuve du travail s'imposait par elle-même et a permis d'éviter une césarienne basse, décidée après le premier examen chez une femme à terme dont le bassin appartenait à la catégorie des bassins limites.

Epreuve du travail : début à 2 h. (rupture des membranes) ;

fin à 4 h. 15 (engagement de la tête) ;

durée de l'E. du T. : 2 h. 15.

OBSERVATION 4.

Mme U. S., 26 ans, I-pare, I-geste.

Le 3 février, on décide l'épreuve du travail pour un bassin dont le P. S. P. = 10 cm. 5, l'arc antérieur de moyenne courbure et le sacrum bien concave.

Le 14 février, le travail commence.

A 15 h. 30, la tête non engagée est très haute et déborde légèrement la S. P.

A 22 h., rupture artificielle des membranes.

A 23 h., la tête se fixe au D. S. en transverse, mais n'est pas engagée.

Le 15 février, à 2 h., la tête n'est toujours pas engagée.

A 5 h. 50, la situation n'est guère changée, on décide une césarienne basse supra-symphysaire. Naissance d'un garçon vivant pesant 3.360 grammes.

Epreuve du travail : négative ;

début à 22 h., le 14 février 1939 ;

fin à 5 h. 50 le 15 février ;

durée de l'E. du T. : 7 h. 50.

OBSERVATION 5.

Mme T... S., 24 ans, I-pare, I-geste. Vient consulter le 19 juin 1939, près du terme. Traitée pour syphilis. A l'examen : promontoire atteint à 10 cm. Arc antérieur de très bonne courbure. Sacrum très concave en hameçon. Tête très mobile à la limite du débordement. On décide l'épreuve du travail.

Le 26 juillet 1939, la femme est admise à la salle du travail.

A 9 h. 45, sommet engagé, bruits du cœur bons, membranes intactes.

A 14 h. 20, après une épisiotomie préventive pour fistule anorectale, accouchement normal à terme d'un garçon vivant pesant 3.040 grammes. Délivrance naturelle et complète après 45 minutes, pesant 730 grammes.

Epreuve du travail décidée d'avance n'a pas eu lieu, la femme ayant accouché sans aucune trace de dystocie.

OBSERVATION 6.

Mme M... M., 25 ans, II-pare, II-geste. Première grossesse en 1934 terminée par un accouchement normal, 1/4 d'heure avant qu'on ne fasse une césarienne, d'un enfant vivant pesant 3.080 grammes. Suites normales.

La deuxième grossesse est l'actuelle.

Le 1^{er} février 1939 à l'examen : utérus de 8 mois 1/2. Tête en bas mobile. Dos à gauche. B. D. C. bons. Bassin plat. Promontoire très élevé inaccessible. On trouve : P. S. P. 10 cm. 6. Sacrum en hameçon. On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

Le 16 février à 0 h. 40, la femme présente les premières douleurs. A l'examen d'entrée, on note : tête en bas mobile, mais

qui pointe bien au palper appuyé et combiné au toucher. Ne donne pas l'impression de déborder. Col incomplètement effacé, dilatable. Bonnes douleurs. Température 37°. B. D. C. bons.

A 2 h. 30, tête haute mobile. Poche des eaux volumineuse. B. D. C. bons.

A 3 h. 45, rupture artificielle des membranes. Liquide légèrement rosé. La tête qui paraît très ossifiée vient s'appuyer sur le D. S. Douleurs toutes les 5 minutes, régulières et fortes.

A 8 h. 10, dilatation entre petite et grande paume. Tête pointe bien dans l'excavation B. D. C. bons. Temp. 36°4.

A 12 h. 45, accouchement normal. Une circulaire du cordon sectionnée. Naissance d'un garçon vivant pesant 3.520 gr. Délivrance naturelle et complète. A. F. = 620.

Epreuve du travail : positive ;

début 3 h. 45 (rupture des membranes) ;

fin 8 h. 10 (engagement de la tête) ;

durée de l'E. du T. : 4 h. 25.

OBSERVATION 7.

Mme G... G., 26 ans, I-pare, I-geste. Noevi pigmentaire très étendu de la jambe droite expliquant raccourcissement de 2 cm. Pas de lésion osseuse. Pas d'antécédent de fracture. (Recklinghausen fruste). Taille 1 m. 45.

Le 11 mars 1939 à 16 h., on note à l'examen : femme près du terme. Col en voie d'effacement, excavation vide. Tête en bas mobile, dos à gauche, B. D. C. bons. Température 37°8. Bassin paraît normal.

Le 12 mars 1939 à 1 h., douleurs assez espacées.

A 4 h., dilatation grande paume. Tête mobile semblant poin

ter dans l'excavation au palper appuyé. Gros excès de liquide. Douleurs très fréquentes.

A 4 h. 15, on décide l'épreuve du travail. Rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique normal. Tête reste très élevée et mobile. On fait une injection de 1 cm³ de spasmalgine.

A 5 h., tête en bas très mobile, qui déborde la S. P. Sillon du cou à 5 travers de doigt au-dessus de la S. P. Au toucher vaginal : promontoire inaccessible. P. S. P. mesuré probablement à la première vertèbre sacrée 10 cm. Douleurs rapprochées. Une nouvelle injection de spasmalgine.

A 7 h., césarienne basse pour bassin généralement rétréci. Extraction d'une fille vivante pesant 3.430 gr. Bi-pariétal : 9 cm. 8.

Double dystocie tant d'origine pelvienne que d'origine fœtale, car tête ossifiée au diamètre bi-pariétal plus grand que normalement.

Epreuve du travail : négative ;

début 4 h. 15 ;

fin 7 h. ;

durée 2 h. 45.

Arrêt de l'épreuve du travail à cause de la tétanisation de l'utérus. Suites opératoires normales.

OBSERVATION 8.

Mme C... M., 26 ans, 1-pare, I-geste. A marché à 2 ans. Le 23 février 1939 on note à l'examen : tête très élevée, très mobile ; sillon du cou à 4 travers de doigt au-dessus de la S. P. Sacrum assez concave. Bassin généralement rétréci. Présentation bien verticale. B. D. C. bons. On décide l'épreuve du travail.

Le 9 mars 1939 à 18 h. 30, admission à la salle du travail.

A 22 h. 30 dilatation 5 fr., tête encore mobile, dit avoir perdu es eaux vers 17 h. B. D. C. bons.

A 23 h., tête se fixe. B. D. C. bons. Une spasalgine.

A 23 h. 20, deuxième spasalgine. Douleurs étant trop rapprochées.

Le 10 mars à 6 h. 15, dilatation entre 5 fr. et petite paume. Rupture de la poche des eaux. B. D. C. bons.

A 9 h. 25, sommet engagé. B. D. C. bons. Température 36°9.

A 10 h. 20, dilatation presque complète. Une spasalgine + 2 unités d'hypophyse. B. D. C. bons.

A 10 h. 30, dilatation complète. Douleurs fortes toutes les 2 minutes.

A 10 h. 50, accouchement normal d'une fille vivante pesant 2.820 gr.

A 11 h. 35, délivrance naturelle et complète. A. F. = 510.

Epreuve du travail : positive ;

début à 6 h. 15 ;

fin 9 h. 25 ;

durée 3 h. 10.

OBSERVATION 9.

Mme D... A., 38 ans, II-pare, III-geste. En 1936, une fausse couche de 5 mois 1/2 spontanée. Suites normales. En 1937, accouchement d'une fille pesant 1.850 gr. bien portante. Délivrance et suites de couches normales. Traitement anti-syphilitique au bivalent et quinby pour cette grossesse.

Le 10 mars 1939, on note à l'examen : grossesse au terme de 8 mois 1/2 environ. Tête d'aplomb, à la limite du débordement. Dos à gauche. Arc antérieur de bonne courbure Sacrum concave. P. S. P. 10 cm. 6. B. D. C. bons. On décide l'épreuve du travail.

Le 26 mars 1939 à 21 h., près du terme tête en bas mobile, dos à gauche. B. D. C. bons. Au T. V. dilatation 2 fr. Col incomplètement effacé. Pas de douleur.

Le 27 mars 1939 à 2 h. 30, rupture spontanée des membranes. B. D. C. bons. Tête non engagée, mobile, déborde.

A 5 h. 45, tête non engagée, mobile, déborde nettement la S. P. Au T. V. dilatation 5 fr. Douleurs toutes les 5 minutes. B. D. C. bons. On sent une deuxième poche des eaux.

A 6 h. 30, rupture artificielle des membranes. Liquide normal. B. D. C. bons. Une spasmalgine.

A 8 h., bonnes douleurs. Tête engagée. Dilatation presque complète. B. D. C. bons. Température 36°5.

A 8 h. 45, accouchement normal à terme en O. I. G. A.-O. P. d'une fille vivante pesant 3.060 gr.

A 9 h. 30, délivrance naturelle et complète A. F. = 500 gr.

Accouchement normal après une épreuve du travail positive gênée par deux poches amnio-choriales. Suites normales.

Epreuve du travail :

début 6 h. 30 ;

fin 8 h. ;

durée 1 h. 30.

OBSERVATION 10.

Mme C... R., 26 ans, I-paré, I-geste.

Le 31 mars 1939, à l'examen on note : grossesse au terme de 8 mois 1/2 tête en bas, mobile, au-dessus du D. S. tendant à fuir dans la F. I. G. Tête déborde. Dos à droite. Bassin un peu généralement rétréci, mais surtout aplati. Promontoire très saillant. P. S. P. = 11 cm. 1. Col incomplètement effacé. B. D. C. bons.

Le 18 avril à 9 h. 45, rupture artificielle des membranes.

A 12 h. 20, sommet engagé presque complètement. B. D. C. bons.

A 12 h. 50, dilatation complète. B. D. C. bons. Une spasalgine + 2 unités d'hypophyse.

A 13 h. 10, accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.090 gr. O. I. G. A. — O. P. 45 minutes après délivrance naturelle et complète A. F. = 550 gr. Suites normales.

Epreuve du travail : positive.

début 9 h. 45 ;

fin 12 h. 20 ;

durée 2 h. 35.

OBSERVATION 11.

Mme P... B., 22 ans, 1-pare, 1-geste.

Le 27 mars 1939, l'épreuve décidée chez une femme enceinte de 8 mois $1/2$ pour bassin aplati par P. S. P. = 10 cm. 7. Bonnes parties molles. Excès de liquide.

Le 7 avril à 12 h. 30, contractions toutes les heures. Col complètement effacé. Tête haute mobile. B. D. C. bons.

Le 8 avril à 6 h., quelques douleurs lombaires.

A 12 h. 15, B. D. C. difficilement perçus, assez lents. Au T.V. col effacé, dilatation 1 fr. Poche des eaux bombante. Douleurs très rapprochées, toutes les trois minutes. Tête haute, mobile. Une spasalgine.

A 12 h. 50, toujours des fortes douleurs, une spasalgine.

A 13 h. 40, douleurs moins fréquentes, toutes les 6 minutes environ. B. D. C. bons.

A 15 h. 10, rupture des membranes. Liquide abondant, teinté. La tête descend, s'engage. Dilatation grande paume. Col un peu épais en avant.

A 15 h. 30, B. D. C. soufflants et ralentis. On décide l'application d'un forceps Tarnier sur sommet en O. I. G. T., dégagement en O. P. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.240 gr. Délivrance naturelle complète A. F. = 570 gr.

Epreuve du travail : positive. Dès le début de l'épreuve on obtient l'engagement de la tête.

OBSERVATION 12.

Mme B... D., 33 ans, I-pare, consulte le 7 septembre 1938. Luxation congénitale double de la hanche. Lésion pulmonaire. Pas de B. K. Bassin dystocique par rachitisme surajouté. P. S. P. = 10 cm. Grossesse de deux mois ; on pense faire une césarienne au début du travail.

Le 3 avril 1939 à 19 h., bonnes douleurs, tête en bas mobile. Poche des eaux qui bombe. Au T. V. col effacé, dilatation 2 frs. On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

Le 4 avril 1939 à 2 h. 30, dilatation entre 2 et 5 frs. Rupture spontanée des membranes. Liquide normal. B. D. C. bons.

A 3 h. 30, dilatation petite paume. Sommet profondément engagé. Une spasmalgine + 2 unité d'hypophyse.

A 6 h. accouchement normal. Sommet en O. I. G. A.-O. P. Naissance d'un garçon vivant pesant 3.780 gr.

45 minutes après, délivrance naturelle et complète. A. F. = 650 gr. Périnée : 1 crin. Suites normales.

Epreuve du travail : positive ;

début 2 h. 30 ;

fin 3 h. 30 ;

durée 1 h.

La disproportion céphalo-pelvienne tenait autant

au bassin qu'aux dimensions de la tête fœtale d'un enfant assez gros puisque pesant 3 k. 780.

OBSERVATION 13.

Mme P... A., 22 ans, I-pare, II-geste. En 1936, une fausse couche de 2 mois 1/2.

Le 8 mars 1939, on note à l'examen une grossesse de 8 mois, tête en bas mobile, débordant légèrement la S. P. Courbure antérieure bonne. Sacrum bien concave. P. S. P. = 11 cm. 4. On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

Le 1^{er} avril 1939 à 1 h., rupture spontanée des membranes. Col en voie d'effacement. B. D. C. bons. Temp. 37°3.

A 8 h., contractions plus rapprochées et de plus longue durée. B. D. C. bons. Température 37°.

A 10 h., tête d'aplomb au D. S. à la limite du débordement. Au T. V. dilatation 1 fr. Sommet encore mobile mais ayant tendance à pointer.

A 15 h. 35, au T. V. tête en bas fixée. Dilatation petite paume. B. D. C. bons. Une spasalgine.

A 18 h. 30, accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.400 gr. 40 minutes après, délivrance naturelle et complète A. F. = 540 gr.

Epreuve du travail : positive ;

début à 1 h. ;

fin 15 h. 35 ;

durée 14 h. 35.

Suites des couches : endométrite et une poussée salpingitique le 6^e jour. Traitement par rubiazol, propidon et glace sur le ventre. Tout rentre en ordre après quatre jours.

OBSERVATION 14.

Mme R... M., 40 ans ; I-pare, I-geste. Consulte le 8^e mois de la grossesse. A l'examen : tête haute, très mobile. Arc antérieur de faible courbure. Promontoire non atteint. On décide l'épreuve du travail.

Le 10 mai 1939 à 2 h. 15, douleurs espacées toutes les 10 minutes. B. D. C. bons. Tête en bas mobile, col effacé. Membranes intactes.

A 12 h. 30, poche des eaux rompue dans la nuit. Dilatation petite paume. Tête en voie de fixation. Bonnes contractions toutes les 20 minutes. B. D. C. bons.

A 16 h. 40, contractions rapprochées et très douloureuses. Une spasmalgine.

A 21 h. 50, dilatation entre petite et grande paume. Tête en transverse, hyperfléchie à la partie moyenne de l'excavation.

Le 11 mai 1939 à 7 h., dilatation presque complète. Température 38°. B. D. C. bons. Douleurs espacées.

A 10 h. 40, même dilatation, tête à la partie inférieure de l'excavation, bien fléchie.

A 16 h. 50, douleurs de plus en plus espacées, tous les 1/4 d'heure environ. B. D. C. bons.

A 21 h., B. D. C. modifiés, la dilatation étant complète on fait une application du forceps Tarnier après épisiotomie sur sommet O. I. G. A., dégagement en O. P. Extraction d'un garçon pesant 3.500 gr. ranimé après quelques minutes de soins. Délivrance naturelle et complète A. F. = 590 gr.

Epreuve du travail : positive, de courte durée chez une femme à bassin limite. Accouchement fini par application du forceps pour modification des bruits du cœur du fœtus.

OBSERVATION 15.

Mme C...J., 18 ans. I-pare, I-geste.

Le 31 mai 1939, femme à terme. A l'examen : tête en bas très haute et très mobile. Sillon du cou à 6 travers de doigt au-dessus de la S. P. Palper mensurateur difficile à faire, car la tête est très rejetée en avant et donne une impression toutefois de débordement. Au T. V. parties molles souples, col fermé, arc antérieur du bassin de courbure normale. Promontoire très haut. P. S. P. = 10 cm. 9. Faux promontoires. Sillon sacro-iliaque peu profond. Bassin aplati canaliculé. On pratiquera l'épreuve du travail de courte durée.

Le 11 juin 1939 à 7 h. 30, douleurs toutes les 10 minutes. Tête en bas, mobile. B. D. C. bons.

A 9 h., douleurs toutes les minutes. L'utérus se relâche mal entre les contractions. Deux spasmalgines à 20 minutes d'intervalle.

A 10 h. 10, l'utérus se relâche mieux entre les contractions. La tête déborde nettement.

A 11 h. 25, césarienne basse pour bassin aplati canaliculé. Extraction de l'enfant pesant 4.150 gr., ranimé après 20 minutes de soins. A. F. = 800 gr.

L'épreuve du travail décidée deux semaines avant terme fut abandonnée en présence, d'un côté de l'importance du rétrécissement pelvien, de l'autre du volume de l'enfant pesant 4.150 gr. Suites opératoires normales.

OBSERVATION 16.

Mme Ch... C., 32 ans, II-pare, II-geste, en 1932 accouchement normal d'un enfant vivant pesant 2.500 gr. A l'examen du

12 juin 1939, on note : grossesse près du terme. Tête en bas mobile, dos à droite, bassin plat, P. S. P. = 10 cm². On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

Le 14 juin 1939 à 13 h. 25, la femme entre à la salle du travail. Tête en voie de fixation en transverse. Assynclitisme postérieur, tête ne débordant pas. Col effacé ; dilatation 2 fr. B. D. C. bons. Bonnes douleurs.

A 13 h. 35, rupture artificielle des membranes. Liquide normal. Dilatation 5 fr. B. D. C. bons.

A 15 h. 45, dilatation grande paume. Sommet à deux doigts du plancher périnéal. Une spasmalgine + 2 unités d'hypophyse.

A 16 h. 10, accouchement normal d'un enfant vivant pesant 3.100 gr. O. I. G. A. — O. P. 40 minutes après, délivrance naturelle et complète A. F. = 600 gr.

Epreuve du travail : positive ;

début 13 h. 45 ;

fin 15 h. 45 ;

durée 2 h.

OBSERVATION 17.

Mme D... E., 27 ans, 1-pare, 1-geste. Consulte le 22 mai 1939. L'utérus gravide de 8 mois environ. Tête en bas, mobile, bassin légèrement rétréci dans l'ensemble. Promontoire non atteint. P. S. P. mesuré à la première vertèbre sacrée 10 cm². B. D. C. bons.

Le 5 juin 1939, la femme semble entrer en travail. Excès de liquide. Tête en bas à la limite du débordement. On décide de pratiquer l'épreuve du travail.

A 20 h. 25, rupture spontanée des membranes.

A 21 h. 20, tête en bas légèrement mobile, dilatation 1 fr. Dos à gauche. B. D. C. bons.

A 22 h., tête ne déborde pas, bien fixée.

Le 6 mai 1939 à 2 h., contractions utérines intenses. Au T. V. col effacé, dilatation 1 fr. Tête engagée. Une spasalgine.

A 4 h., contractions utérines régulières. B. D. C. bons.

A 6 h., dilatation complète. Bosse séro-sanguine importante. Sommet en O. I. G. A. B. D. C. bons.

A 7 h. 30, application du forceps Tarnier pour modification des B. D. C., sur sommet O. I. G. A. après une double épisiotomie. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.820 gr, 35 minutes après délivrance naturelle et complète A. F. = 450 gr.

Epreuve du travail : positive ;

décidée au cours du travail ;

début 20 h. 45 le 5 juin ;

fin 2 h. ;

durée 5 h. 15.

Suites normales.

OBSERVATION 18.

Mme T... A., 31 ans, I-pare, I-geste. Le 10 juin 1939, femme près du terme. Tête mobile au-dessus du D. S. Bassin : arc antérieur de courbure étroite, sinus sacro-iliaque suivi, sacrum bien concavè sans faux promontoire. Le promontoire est haut. P. S. P. 10 cm. 9. Bassin généralement rétréci annelé.

Le 24 juin à 1 h., le travail débute par de bonnes douleurs. Tête en bas mobile. Dos à droite. Dilatation 0 fr. 50. B. D. C. bons.

A 3 h. 30, contraction, utérines intenses. L'utérus se relâche mal. Une spasalgine.

A 4 h. 30, rupture artificielle des membranes. Liquide normal. Tête mobile d'aplomb au D. S. Dilatation 2 fr.

A 8 h., tête se fixe en O. I. D. P. en assynclitisme postérieur. Dilatation 0 fr. 50.

A 10 h., dilatation entre 2 fr. et 5 fr. Col souple mince. Tête appuyant bien sur le col, commence à pointer dans l'excavation, mais mobile quand on la repousse. Descend un peu au palper appuyé, ne déborde pas. B. D. C. bons.

A 16 h. 30, dilatation presque complète. Tête à la partie moyenne de l'excavation, bien fixée. Grosse bosse séro-sanguine. B. D. C. bons.

A 18 h. 45, accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.200 gr. Délivrance normale et complète A. F. = 600 gr.

Epreuve du travail: positive;

début 4 h. 30;

fin 16 h. 30;

durée 12 h.

OBSERVATION 19.

Mme C... M., 18 ans, 1-pare, 1-geste. Luxation congénitale de la hanche gauche. Lordose rachitique surajoutée. A l'examen on note : bassin asymétrique, légèrement aplati du côté de la luxation. Pas de promontoire accessible. Concavité du sacrum normale. Tête en bas mobile déborde la S. P., dos à gauche.

Le 2 juillet 1939 à 17 h. 35, la femme entre à la salle du travail. Tête mobile qui s'applique au D. S. Col effacé, dilatation 1 fr. Membranes intactes. B. D. C. bons. quelques douleurs.

A 22 h., douleurs très espacées, col entre 2 fr. et 5 fr., tête mobile. B. D. C. bons.

Le 3 juillet, à 10 h. 30, bonnes douleurs. B. D. C. bons.

A 12 h., dilatation 5 fr. Col non complètement effacé. Tête mobile et transverse au D. S. Rupture artificielle des membranes. Liquide normal. B. D. C. bons. Une spasmalgine.

A 14 h. 20, tête fixée. Dilatation 5 fr. Douleurs fréquentes toutes les deux à trois minutes. Deux spasmalgines à 20 minutes d'intervalle.

A 17 h. 35, sommet engagé en O. I. G. A. Dilatation complète. La femme pousse.

A 18 h. 15, accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.200 gr.

A 18 h. 35, délivrance naturelle et complète. A. F. = 500 gr.

Suites des couches : poussée pyélonéphritique, qui guérit après un traitement approprié.

Epreuve du travail : positive ;

début 12 h. ;

fin 17 h. 35 ;

durée : 5 h. 35.

2. Bassins limites par constitution fœtale.

OBSERVATION 20.

Mme M... R., 25 ans, I-pare, II-geste. Fausse couche de 3 mois. Actuellement à terme. Tête en bas, mobile, au D. S. H. U. 35 cm. Au T. V. la présentation est extrêmement élevée. Excavation pelvienne semble suffisante. P. S. P. = 11 cm. 5. La tête déborde légèrement la S. P. On décide d'attendre le résultat de l'épreuve du travail. Douleurs toutes les 5 minutes. Tête mobile tend à fuir dans la F. I. G. Col en voie d'effacement. Bonnes douleurs.

Le 10 janvier 1939 à 23 h. 55, rupture spontanée des membranes, liquide teinté. B. D. C. normaux.

Le 11 janvier à 9 h. 30, la tête est profondément engagée mais ne progresse pas. Les B. D. C. sont soufflants et irréguliers.

On décide de faire l'application du forceps, pour non progression de la présentation et B. D. C. modifiés, sur un sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Garçon pesant 4.300 gr. Délivrance naturelle et complète A. G. = 600 gr.

Epreuve du travail : positive ;

début à 23 h. 55 le 10 janvier ;

fin à 9 h. 30 le 11 janvier ;

durée 9 h. 35.

Application d'un forceps sur un sommet bien engagé après une épreuve du travail dans le cas d'un gros fœtus et d'un bassin presque normal.

OBSERVATION 21.

Mme B... S., 22 ans, II-pare, II-geste. A l'examen du 28 décembre 1938, grossesse environ 2 mois 1/2. Tête en bas très mobile. Dos à gauche. Bassin normal. B. D. C. normaux.

Le 17 janvier 1939 à 15 h., femme à terme. Tête en bas haute et mobile. Dos à gauche. Dilatation entre 2 et 5 fr. Membranes intactes. Température 37°.

A 21 h., bonnes douleurs toutes les 5 minutes. Tête en bas, bien ossifiée, non engagée, débordant à peine la S. P. Dilatation 5 fr. Rupture artificielle des membranes. Liquide clair très abondant. B. D. C. normaux.

A 22 h. 45, bonnes douleurs, toutes les 5 à 10 minutes. Bons relâchements utérins entre les contractions utérines. Sommet non engagé en assynclitisme postérieur s'adapte bien au col en O. I. D. P. Tête mal fléchie.

Le 18 janvier, à 2 h., bonne douleurs : durée 40 secondes, toutes les 4 à 5 minutes. Sommet mal fléchi, fixé au D. S. Dilatation petite paume. Température 37°. B. D. C. normaux.

A 2 h. 20, deux spasmalgines à 20 minutes d'intervalle.

A 6 h., douleurs tous les $1/4$ d'heure. Aucun changement à enregistrer. Col un peu épaissi en avant.

A 7 h. 30, la tête ne déborde pas, l'utérus est basculé sur la droite.

A 9 h., température $37^{\circ}6$, bonnes douleurs toutes les 5 minutes environ. B. D. C. normaux.

A 10 h., au T. V. dilatation grande paume, tête mal fléchie encore haute. On met une ceinture sur l'utérus dévié vers la droite. Une spasmalgine.

A 14 h., dilatation entre grande paume et complète. Tête encore mobile, haute en transverse. B. D. C. normaux.

A 15 h. 30, dilatation à peu près complète. Le sommet on O. I. G. A. a légèrement progressé en se fléchissant.

A 16 h. 30, dilatation complète B. D. C. normaux, tête engagée à un doigt du périnée. On fait pousser la femme, la tête progresse bien.

A 16 h. 50, accouchement normal à terme en O. I. G. A.-O. P., naissance d'un garçon vivant pesant 3.450 gr. 50 minutes après, délivrance naturelle de 520 gr. Membranes déchirées : glace.

Epreuve du travail : positive dans un cas d'une tête fœtale bien ossifiée et mal fléchie ;

début à 21 h. le 17 janvier ;

fin à 16 h.30 le 18 janvier ;

durée, 19 h. 30.

CONCLUSIONS

I. — L'épreuve du travail depuis l'avènement de la césarienne basse constitue une méthode thérapeutique de la dystocie dans les bassins limites.

II. — L'épreuve du travail ne peut être pratiquée qu'en milieu hospitalier, sous la surveillance étroite d'un accoucheur expérimenté.

III. — L'épreuve du travail doit être arrêtée dès qu'une anomalie irréductible d'ordre mécanique, physiologique ou fœtal apparaît.

IV. — La césarienne basse seule doit constituer, en cas d'échec de l'épreuve du travail, la sanction thérapeutique appropriée.

V. — L'épreuve du travail évite à la mère un grand nombre d'interventions.

Vu : le Président de la thèse,
M. JEANNIN.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — Epreuves du travail répétées dans un bassin limite : la première terminée par une césarienne basse, la deuxième par un engagement spontané (*Bull. de la Soc. de Gynécol. et Obstét.*, 1930, p. 66).
- Epreuve du travail dans les dystocies pelviennes. *La Périculture*, janvier, 1937).
- ANDÉRODIAS, BALARD et MAHON. — Les signes de la vitalité chez l'enfant et la limite de l'épreuve du travail (*Bull. de la Soc. de Gynécol. et Obst.*, 1928).
- ATTAIX. — L'épreuve du travail dans les bassins limites à l'hôpital Lariboisière. Thèse de Paris, 1930.
- BALARD et MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale (*Marseille médical*).
- BANISTER. — Position actuelle de la césarienne en pratique obstétricale (*The British Med. Journ.*, 14 nov. 1935, p. 1143).
- BRINDEAU. — Le pronostic de la césarienne basse (*Bruxelles médical*, 1932).
- De l'expectative en obstétrique (*Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 5^e année).
- Pratique de l'art des accouchements.
- BROUHA. — L'épreuve du travail dans les bassins limites (*Revue franç. de Gynéc. et d'Obst.*, 1930).
- L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limites (*Bull. de l'Acad. royale de Méd. de Belgique*, 1929).

- Du rôle de la césarienne basse dans le traitement des bassins limites (*Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 1928).
- CATHALA. — Différents procédés d'agrandissement du bassin (Leçons du jeudi soir, 1927).
- COMMANDEUR. — Viciations pelviennes (*La pratique de l'art des accouchements*, 3^e éd., 1934, t. II, p. 249).
- COUVELAIRE. — Incidents. Complications et suites de la césarienne (*Pratique médico-chirurgicale*).
- DEVRAIGNE (L.). — Propédeutique obstétricale.
- Pratique obstétricale.
 - Clinique obstétricale.
 - Obstétrique à travers les âges.
- DEMELIN et DEVRAIGNE (L.). — Manuel de l'accoucheur.
- DORMOY. — L'épreuve du travail dans les bassins limites (Thèse Paris, 1934).
- GINGLINGER et LINACHA, TASSOVATZ. — Vingt-quatre ans de césarienne basse conservatrice (*Gynéc. et Obst.*, 1934, p. 15).
- JEANNIN. — L'opération césarienne supra-symphysaire (*L'Obstétrique*, août 1909).
- KELLER. — L'épreuve du Travail (*Bulletin de la Soc. de Gynéc. et d'Obst.*, 1931, p. 383).
- KREIS. — Au sujet de la technique et de la définition de l'épreuve du travail en cas de dystocie osseuse relative (*Bull. de la Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1934, p. 382).
- LA HAYE. — Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux au cours de l'accouchement (*Bruxelles méd.*, 1930).
- LE LORIER. — L'épreuve du travail (*La Puériculture*, oct. 1938).
- L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes (*L'Obstétrique*, 1911).
- MAYGRIER et DEVRAIGNE. — Précis d'Obstétrique.

MAYGRIER et SCHWAB. — Précis d'Obstétrique.

METZGER. — L'accoucheur moderne.

ODAGESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins limites et l'épreuve du travail (*Revue française de Gynéc. et Obstétr.*, sept. 1926).

RAVINA. — L'accouchement prématuré provoqué (*Revue médicale française*, oct. 1932).

RHEUTER, BOUCHER, CHASTEL. — Réflexions sur l'Epreuve du Travail, après dix ans de pratique à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse (*Gynécologie et Obstétrique*, 1936).

RIVIÈRE, BOURSIER. — Quelle durée assigner à l'Epreuve du Travail dans les bassins limites ? (*Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst.*, 1921, p. 601).

SUZOR. — A propos de l'épreuve du travail (*Revue franç. de Gynéc. et Obstétr.*, 1^{er} janvier 1937).

VORON. — Rétrécissements du bassin (*Pratique de l'art des accouchements. La dystocie*, t. III, p. 146).

